

Chercheur :			Protocole :		Date de chirurgie :			Responsable :			
ID	Poids	Observations et traitements	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	
	PD: (J-O)	Poids (g)									
		État de chair (/5)									
		% perte / gain									
		Suivi de plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Observations, Signes de douleurs, Autres conditions									
	PD - 20%:	Déshydratation	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>
		Injection LRS (1ml) <sup>2</sup>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>
		Suivi vétérinaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Traitement prescrit									
		Nourr.Hum. + DietGel®Boost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID	Poids	Observations et traitements	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	J__  Date / Init.	
	PD: (J-O)	Poids (g)									
		État de chair (/5)									
		% perte / gain									
		Suivi de plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Observations, Signes de douleurs, Autres conditions									
	PD - 20%:	Déshydratation	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>
		Injection LRS (1ml) <sup>1</sup>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>	SID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/>
		Suivi vétérinaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Traitement prescrit									
		Nourr.Hum. + DietGel®Boost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Légende :** <sup>1</sup> Administrer 1ml de lactate de Ringer (LRS) les trois premiers jours suivant la chirurgie. // Entre 0 et 14,9% de perte de poids administrer 1 ml LRS SID + suppléments alimentaires. // Entre 15 et 19,9% de perte de poids administrer 1 ml LRS BID + suppléments alimentaires.

Administrer les soins de support décrits jusqu'à la reprise du poids initial et d'un état de chair ≥ 3 ou jusqu'à stabilisation du poids pendant 72 heures consécutives.

Note : En cas de déshydratation ou tout autre problème de santé (écoulement oculaire, déhiscence de plaie, etc.) aviser rapidement le technicien en santé animale.